LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Un cas d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs, par M. le Dr Albert Weil, 529. — **Revue de la presse** : Nouvelle méthode de traitement de l'acné, 534. — **Académie de médecine** : *Séance du 17 août* 1897. Présidence de M. Caventou. — Immunité de certaines familles de Saint-Ouen pour la tuberculose, 535. — Eaux minérales, 535. — L'acadien des vins sucrés du Midi, 535. — Corps étrangers de l'œsophage. Radiographie. Guérison, 535. — Des albuminuries dyspeptiques, 539. — **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France** *tenu à Toulouse du 2 au 8 août* 1897 (*suite*). — Formes de l'hystérie infantile, 536. — Organisation médicale des asiles d'aliénés, 539. — Nécessité d'une nouvelle organisation du service médical dans les asiles d'aliénés; son insuffisance, 540. — **Association française pour l'avancement des sciences**. *Congrès de Saint-Étienne tenu du 5 au 12 août* 1897 — Résultats éloignés de la craniectomie dans l'idiotie micro-céphalique, 541. — Hyperglycémie extraordinaire chez une femme diabétique avec lésions rénales, 551. Circulation maternelle du placenta, 541. — Lèpre nostras (scrofulide) maligne, 541. — Action des boissons chaudes sur la fonction stomacale, 541. — Hémoglobinurie paroxystique atténuée par une rougeole intercurrente, 542. — Cornes cutanées, 542. — Lésions nerveuses dans la peste, 542. — Rôle du licenciement des écoles dans la prophylaxie des maladies transmissibles, 542. — Du bicarbonate de soude considéré comme agent actif de la sécrétion gastrique, 543. — Valeur de l'iodure de potassium dans le traitement de l'actinomycose, 543. — Redressement forcé appliqué au torticolis postérieur, 543. — Gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, 543. — Hydarthrose intermittente héréditaire, 544. — **Nouvelles**, 544.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs (1),

Par M. le Dr E. Albert Weil.

I

Sous le nom d'éléphantiasis, on englobait au siècle dernier des affections tout à fait distinctes. Peu à peu, pourtant, on différencia « l'éléphantiasis des Grecs », qui n'était autre chose que la lèpre, de « l'éléphantiasis des Arabes » qui est caractérisée par des augmentations considérables du volume des organes lésés. Mais s'il était utile de séparer des maladies aussi disparates, il était mauvais de leur donner le même nom générique. C'est ce que Bernardino Antonio Gomes (1) exprimait déjà, en 1820, dans son *Essai dermographique* publié à Lisbonne, en écrivant : « Prosper Alpin, Vogel, Avicenne donnèrent le nom d'éléphantiasis à cette maladie (éléphantiasis des Arabes) que Rhazès avait appelée *éléphantiasis*, mais qui est très différente de l'éléphantiasis des Grecs et que le traducteur d'Haly Abbas nomma éléphas. Quelques modernes pour éviter la confusion provenant nécessairement de l'identité de nom et de la diversité des maladies, et pour se conformer aux dénominations des Grecs et des Arabes, ont donné aux deux maladies, les noms d'éléphantiasis des Grecs et d'éléphantiasis des Arabes ; mais ces dénominations offrent des inconvénients car le nom des genres doivent être simples pour ne pas trop allonger les noms des espèces... » Aujourd'hui le nom d'*éléphantiasis des Grecs* a à peu près complètement disparu de la terminologie nosologique ; on lui a, avec avantage, substitué le nom de lèpre. L'éléphantiasis des Arabes existe encore, mais il n'est plus qu'une espèce du vaste groupe des éléphantiasis.

En effet, au fur et à mesure que s'élargissait le champ des observations, on a vu que l'éléphantiasis n'était ni une entité morbide, ni une spécialité exotique. Il n'y a pas un éléphantiasis, il y a des états éléphantiasiques consistant en œdèmes chroniques durs, avec ou sans lésions cutanées, provoqués par la stase lymphatique. En 1878, dans le numéro 128 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Ernest Besnier, en donnait la définition suivante : « Les dénominations communes d'éléphantiasis ou altérations grossièrement caractérisées par l'aspect éléphantiaque des parties atteintes, s'appliquent à une série d'affections dont la condition pathogénique est multiple, mais dont la condition instrumentale est toujours une irritation localisée et une obstruction localisée du système lymphatico-veineux d'une région du corps, et la lésion, un œdème inflammatoire hypertrophique à paroxysmes successifs et à marche lente ou chronique. » Cette définition, quelque compréhensive qu'elle soit, ne semble pourtant pas embrasser la totalité des faits. Il existe des éléphantiasis inflammatoires actifs, pour ainsi dire ; il en est d'autres d'origine purement passive ou de mécanisme

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 12 juin 1897.

(1) Bernardino Antonio Gomes, *Ensaio dermosographio*. Lisbonne, 1820.

purement réflexe évoluant d'une façon continue, sans paroxysmes d'aucune sorte.

Aussi, pour être tout à fait général, dirons-nous avec M. Follet (1) que « le terme d'éléphantiasis est aujourd'hui synonyme de fibrose hypertrophique de la peau et des plans sous-jacents, consécutif à tout œdème prolongé lymphatique ou veineux. »

II

L'éléphantiasis ainsi compris est donc un syndrôme et reconnaît les causes les plus variées. Ce n'est point qu'il faille y ranger les affections cardiaques ou rénales ; les œdèmes qu'elles engendrent malgré tout le développement qu'ils peuvent prendre ont des caractères nettement tranchés qui suffisent pour les en séparer. Mais parmi les causes déterminantes, on peut, avec MM. Besnier et Doyon (2) compter « toutes celles qui sont capables de produire l'irritation du réseau lymphatique, qu'elles émanent du dehors ou qu'elles proviennent du dedans et aussitôt qu'elles sont capables de produire la stase lymphatique prolongée... de même toutes les lésions aiguës répétées ou chroniques du tégument, quelles qu'elles soient, lichen, eczéma, lymphangites, érysipèles, érythèmes répétés, etc., etc., toutes les lésions tuberculeuses de la peau et les lésions syphilitiques..., toutes les causes indirectes d'obstacle à la circulation lymphatique..., telles que les adénopathies chroniques, les varices, la phlébite des membres, la stase circulatoire veineuse prolongée, d'origine locale ou centrale » ; nous y ajouterons certaines influences nerveuses de mécanisme encore ignoré.

La longueur de cette énumération pathogénique montre toutes les difficultés d'une classification exacte des divers éléphantiasis.

Pendant longtemps on a cru que tous les éléphantiasis exotiques étaient causés par la filaire du sang appelée aussi filaria Bancrofti.

Aussi a-t-on eu tendance à faire deux groupes principaux, l'un renfermant l'éléphantiasis vrai dépendant, croyait-on, de la filariose, l'autre renfermant les états éléphantiasiques consécutifs aux autres maladies. C'est la classification de Broca. — Mais comme il est reconnu que l'éléphantiasis n'est point le corollaire inéluctable de la filariose, on peut, avec MM. Besnier et Doyon (3) émettre les deux hypothèses suivantes : « ou bien la filaire n'est qu'une des causes les plus fréquentes si l'on veut dans certaines conditions de l'éléphantiasis; elle agit sans spécificité à la manière des irritants ordinaires; ou bien la filaire n'est qu'une caractéristique favorisée dans sa production et dans son développement par un éléphantiasis préexistant. » Quelque opinion qu'on embrasse, il n'en résulte pas moins que la filaire n'est nullement un spécifique.

Aussi la classification de M. Follet (1) est elle préférable à celle de Broca. Cet auteur reconnaît quatre sortes d'éléphantiasis; les œdèmes lymphatiques causés par la streptococcie, les lymphangiectasies, la filariose, les éléphantiasis veineux d'origine phlébitique, les éléphantiasis angioneurotiques et les éléphantiasis congénitaux.

Et pourtant cette classification n'est point encore la plus adéquate aux faits. Nombre d'observations montrent que certains éléphantiasis — la plupart peut-être — sont le résultat de l'infection localisée. Mais à côté il en existe dont l'origine est purement mécanique ou nerveuse, d'autres même dont l'origine est dans un phénomène de la vie intra-utérine. Aussi vaudrait-il mieux diviser les éléphantiasis en trois grands groupes : les éléphantiasis parasitaires, les éléphantiasis congénitaux et les éléphantiasis d'origine nerveuse ou mécanique.

III

Le premier groupe est certainement le plus vaste. Nous y plaçons les éléphantiasis survenant dans la filariose (2), les dermites (3), les lymphangites (4), la phlébite (5), l'érysipèle (6), la syphilis et la tuberculose.

Tous les éléphantiasis de ce groupe, sauf ceux déterminés par les deux dernières causes, ont comme caractéristiques de se développer avec fièvres et poussées lymphangitiques. Certes quelques-uns peuvent évoluer sans accès appréciables : mais comme le dit encore Besnier « chacun sait que tous les systèmes sont loin d'avoir la même aptitude à la fièvre proprement dite ; et il n'y a vraiment rien d'extraordinaire à ce que dans quelques cas, en réalité très rares, il n'y ait pas de fièvre. » En tous cas ce sont des affections rémittentes à poussées espacées et à progression fatale. Le streptocoque, comme l'a montré Sabouraud (7) entre

(1) Follet, *Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques*, thèse Paris 1895.

(2) Besnier et Doyon, *Traité des maladies de la peau de Kaposi*, traduction française.

(3) Besnier et Doyon (*loc. cit.*).

(1) Follet (*loc. cit.*).

(2) Lewis, Calcutta 1874. — Patrik Manson, *The metamorphosis of filaria sanguinis hominis in the Mosquito* (Hong-Hong 1877, et *in Arch. méd. nav.*, nov. 1884, trad. Calmette.) — Silva Araujo, *Atlas des maladies de la peau*, Rio-de-Janeiro 1887. — Cegan, Thèse de Paris, 1894. — Lancereaux, *Cliniques de la Pitié*. (*Sem. méd.*, 1888, p. 333.)

(3) Jeanselme. *Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations des membres variqueux* (thèse de Paris, 1887-88.) — Besnier. *Gaz. des hop.*, 1878. — Sabouraud. *Ann. de dermatologie*, 1892 (p. 593). — Gastou, *Soc. dermat.*, 1891. — Follet, Thèse, 1895, p. 16.

(4) Brault, *Soc. dermat.*, 10 janvier 95. — Besnier, *Gaz. des hop.*, 1878.

(5) Vaquez, *Gaz. hebd.*, 1892, p. 392.

(6) Besnier, *Gaz. des hop.*, p. 1017, 1878. — Richardière, *Ann. derm.*, 1891, p. 560. — Achalme, thèse, 1891. — Cegan, thèse, 1893-94. — Follet, thèse 1895.

(7) Sabouraud, *Parasitologie de l'éléphantiasis nostras*. (*Ann. de Dermatologie*, p. 592, mai 1892.

our une large part, pour ne point dire comme seul rticipant, dans leur pathogénie. Certes les observaons de Manson, Cegan, Silva da Araujo, Lancereaux de tant d'autres montrent bien la présence de la laire dans l'éléphantiasis des Arabes ; mais outre que rapport causal n'en a point été établi d'une façon ssi irréfutable que pour le streptocoque, l'on n'a oint en ces cas cherché ce dernier parasite. De même s œdèmes monstres qui accompagnent les lésions tuerculeuses (1) ou syphilitiques (2) sont vraisemblalement dus au streptocoque ; si bien que notre premier roupe d'éléphantiasis sera peut-être simplement plus rd le groupe des éléphantiasis streptococciques ; et groupe renfermant des éléphantiasis si différents par eur marche et souvent par leurs symptômes on aura u moins ainsi une unité bactériologique.

Le groupe de l'éléphantiasis congénital n'est pas dmis par la totalité des auteurs. M. Besnier (3), à qui il aut toujours avoir recours, écrit : « Tous les âges peuent être atteints d'éléphantiasis, même l'enfance ; ous ne réclamons bénéfice d'inventaire que pour l'éléhantiasis congénital ou fœtal. » Et pourtant s'il fallait n juger par le nombre des observations (4) ce groupe urait une individualité indiscutable. La cause de cette ongénitalité de l'éléphantiasis serait dans certains cas infection. Le streptocoque résultant d'une infection ymphangitique quelconque de la mère traverserait, en ertains cas, selon Moncorvo le placenta et viendrait roduire des troubles circulatoires dans l'embryon. es cas rentreraient donc dans notre premier groupe d'éléphantiasis. D'autres cas trouveraient leur origine ans une malformation de certaines parties du système irculatoire ou dans certaines perturbations psychiques éprouvées par la mère (Waitz cité par Follet). es cas appartiendraient donc à l'une des deux divisions de notre troisième groupe, aux éléphantiasis névropathiques.

(1) Boiteux. (*Revue chirurgicale*, 1882, p. 125). — Mathieu, *Note pour servir à l'histoire du pseudo-éléphantiasis strumeux.* (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1883, p. 175. — Charcellay, Thèse de Paris, 1873. — Gourraud, Thèse de Paris, 1873. — Follet, Thèse de Paris, 1895.

(2) Clarac, Thèse de Paris, 1881. — Landau (*Berl. Klinische Wochenschrift*, 21 mai 1888.—Eichhorst, *Sur l'éléphantiasis syphilitique des lèvres* (*Arch. f. path. Anat.*, CXXXI, n° 3,1893.) — Francis, *Eléphantiasis associé à la syphilis tertiaire.* (*Brit. J. of dermatologie*, août 1894).

(3) Kaposi et Besnier, *loc. cit.*

(4) Esmarck et Kulenkampf, Hambourg, 1885. — Waitz, *Ueber ein Fall von eleph. congenital.* (*Ar f. klin. Chirurgie*, XXXIX, p.229. 1889.) — Kuogg, *Eléph. asymet., congénital chez une fillette de 6 ans.* (*Journal des médecins Suisses*, n° 21, p. 667, nov. 1897. — Strafors, *Cas d'éléph. congénital kystique.* (*Zeits. fur geburts.* XVIII, n° 2, mars-avril 1890.) — Notte, *Quatre cas d'éléphantiasis congénital héréditaire.* (*Ar f. Path. Anat.*, XXV, 1, 1891). — Wilson, *Eléph. kyst. cong.* (*Ann. J. of. Obstetric*, octobre 1891). — Moure, *Eléph. congénital.* (*Münch. med. Woch.*, n° 29, 1890). — Archambault, *Un cas d'éléphantiasis congénital.* (*Soc. f. de dermatologie*, 8 avril 1893). — Moncorvo, *Eleph. congenital.* (*Ann. de dermat. et syph.*, 233, mars 1893 ; *La Pediatrie*, n° 2, 20 février 1894 ; *Ann. de dermat.*, n° 11, 1895.) — Magalhaes, *Eléph. congénital du cuir chevelu.* (*Am. Journ. of med. science*, février 1893.)

Les œdèmes névropathiques (1) sont provoquées par les affections nerveuses les plus diverses comme par les troubles de la nutrition les plus variés. On les signale dans l'hystérie, le tabès, les névralgies sciatiques, l'obésité, l'asphyxie des extrémités ; mais, il faut bien le dire, sans pouvoir jamais assigner entre ces affections et l'éléphantiasis une relation de cause à effet indiscutable. Leur caractéristique commune est de n'être en général point accompagnés de lésions cutanées. Ils surviennent souvent chez des obèses ; si bien qu'on peut se demander si la lipomatose est la cause ou l'effet de l'infiltration lymphatique, si « l'infiltration séreuse prépare et provoque l'accumulation de graisses et de cellules adipeuses » (Potain, cité par Follet), ou si au contraire l'on peut dire avec M. Legroux (2) que lorsque « la peau est restée longtemps œdématiée, il se produit dans les parties profondes du derme une véritable prolifération du tissu conjonctif et le retour à l'état embryonnaire des cellules adipeuses.

A côté de ces œdèmes névropathiques il nous faut citer les œdèmes dus à l'arrêt ou au trouble mécanique de la circulation soit veineuse, soit lymphatique, que cet arrêt se produise après l'extirpation de ganglions lymphatiques (3) et la suppression par cette opération des voies d'écoulement des canaux lymphatiques ou par suite de compression des voies de retour de la lymphe ou du sang par une tumeur, un lien constructeur ou simplement par la station debout prolongée.

IV

C'est à la combinaison de ces deux dernières causes, compression et station debout, ajoutées probablement à un terrain propice (obésité) qu'il nous faut, croyons-nous, attribuer le cas d'éléphantiasis symétrique qu'il nous a été donné d'observer. Il s'agit d'un œdème dur limité aux moitiés inférieures des deux jambes chez une blanchisseuse obèse portant toujours des jarretières très serrées et se tenant presque toujours debout ; œdème purement passif évoluant sans aucun phénomène inflammatoire, sans paroxysmes.

(1) Potain (*Rev. med. et chir. prat.*, 1879 et *Acad. de méd.* 17 oct. 1882.) — Souques, *Un cas d'éléph. nostras symétrique du pied et de la jambe.* (*Nouv. iconographe de la Salpétrière*, n° 6, p. 281, 1890.) — Arnozan, thèse agr., 1890. — Desnos, *Pseudo éléphantiasis rhumatismal (poussées d'œdème).* (*Soc. méd. hop.* 18 fév. 1891, in *Bulletin médical*, 1891, p. 153. — Thibierge, *Pseudo-éléphantiasis névropathique du membre supérieur chez une femme hystérique.* (In *Bull. médical*, 1874, p. 401.) — G. Meyer, *Elép. des membres inférieurs datant de 17 ans chez une femme hystérique de 32 ans avec phénomènes d'asphyxie des 4 extrémités remplacés plus tard par du myxœdème.* (*Berl. Klin. Woch.*, 25 nov. 1894.) — Fournier et Mendel, *Eléphantiasis nostras.* (*Soc. de dermat.*, 8 juin 1893 ; in *Bull. méd.*, 1893, p. 546.)

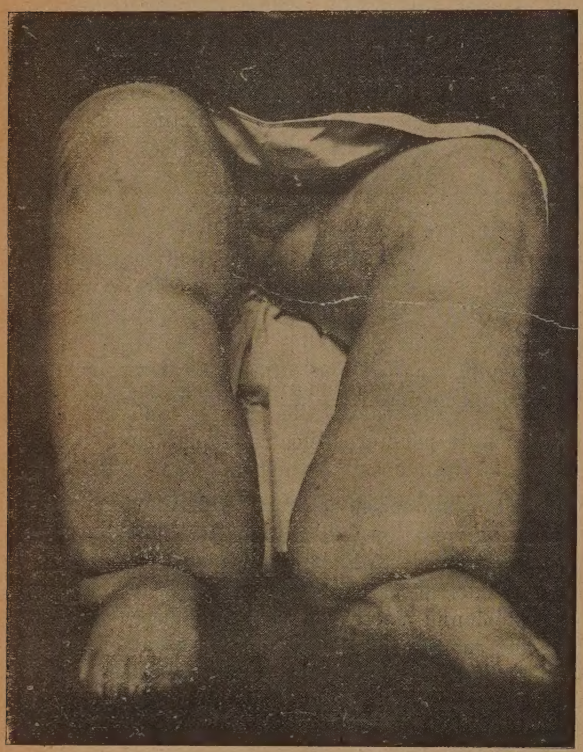
(2) Legroux, Art. ŒDÈME, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(3) Brouardel, *Eléphantiasis des organes génitaux externes consécutifs à l'ablation des ganglions inguinaux.* (*Ann. de derm.*, VII, p. 853, 1876.) — Follet, thèse citée, page 28.

Voici d'ailleurs l'observation détaillée de notre malade accompagnée d'une photographie fort bien faite par notre ami, le Dr Laquerrière :

Mme B...., est âgée de 57 ans ; née en Franche-Comté, elle est blanchisseuse depuis l'âge de 17 ans et a toujours habité la Haute-Saône ou la Seine.

Ses antécédents héréditaires sont nuls ; son père est mort à 76 ans ; sa mère à 84 ans. Elle avait trois frères, un seul survit ; l'un est mort fou à la suite de la guerre de 1870, l'autre d'une affection peu déterminée. Elle a une sœur qui a actuellement 68 ans et qui est très-obèse.



Ses antécédents personnels ne sont point très chargés. Elle n'a pas été malade avant l'âge de 14 ans, où elle a eu la fièvre typhoïde ; à 15 ans elle a été réglée ; à 17 ans, à son arrivée à Paris, elle commence à travailler comme blanchisseuse, a un premier enfant à 21 ans, un deuxième à 23 ; ces deux enfants sont morts.

Ses jambes ont commencé à grossir quand elle eut 20 ans, mais d'une façon pour ainsi dire passive ; jamais elle n'a souffert à leur sujet ; jamais cet accroissement n'a été accompagné de la moindre poussée inflammatoire ou douloureuse. Quand elle eut 30 ans, on pouvait déjà voir aux deux jambes un bourrelet très net qui commençait à déformer la cheville et deux ans plus tard devait l'empêcher pour toujours de pouvoir se chausser autrement qu'avec des pantoufles.

De 1872 à 1897, Mme B...., s'est assez bien porté. En 1887 pourtant a débuté une hernie ombilicale qui persiste toujours ; en 1889 elle a été atteinte d'influenza qui lui a laissé comme résidu une légère oppression. Durant cette période, Mme B.... a beaucoup grossi et ses jambes ont continué à s'œdématier. Obésité et œdème évoluèrent parallèlement et avec une rapidité plus considérable en ces quatres dernières années depuis que la malade n'est plus réglée.

Actuellement la malade pèse 128 kilos. Les jambes qui présentent, surtout la droite, quelques varices au niveau du genou ont un aspect caractéristique qui rappelle celui d'un pantalon de zouave : un gros bourrelet, qui va jusqu'au sol, forme un repli au niveau du cou de pied et dessine un sillon entre le pied et la cheville. Les jambes de grand diamètre déjà au dessous du genou vont en s'élargissant jusqu'au dessous du bourrelet. A la partie supérieure des deux jambes, immédiatement au-dessous du genou, on voit un sillon fort accentué à droite qui est l'empreinte de la jarretière ; un même sillon se voit au-dessus du genou, mais moins accentué, car Mme B.... mettait plus souvent ses jarretières sous le genou qu'au dessus. De ce sillon sous-rotulien jusqu'au milieu de la jambe, il n'y a rien d'anormal à signaler. La jambe est forte et grosse ; par la pression digitale, on a une sensation molle tout à fait normale chez une femme obèse, mais à peu près vers le milieu de la jambe, on voit une ligne ou plutôt un relief, plus accentué sur la jambe gauche que sur la droite, qui sépare la partie inférieure, œdématiée, de la partie supérieure qui est grosse et très peu œdémateuse. Au-dessous de cette ligne en effet, la pression digitale accuse sur les deux jambes une sensation dure, la peau du reste y est tendue, rose luisante, mais sans aucune autre lésion que l'infiltration. La jambe gauche a une largeur de 57 centimètres au niveau inférieur du bourrelet ; une largeur de 51 centimètres au niveau du léger relief séparant la partie œdematiée de la partie grasse : la hauteur de la partie œdematiée est de 17 centimètres. Les dimensions correspondantes de la jambe droite sont 55, 50 et 14 centimètres.

Au-dessous de la jambe, surtout sous la jambe gauche, on sent à la partie supérieure du creux poplité un petit bourrelet adipeux souple, à l'intérieur duquel on sent rouler comme un paquet de ficelles, ce qui paraît être des vaisseaux lymphatiques variqueux. Sur le devant de la jambe gauche également, au-dessus du relief séparant la partie œdematiée de la partie grasse, on sent quelques cordons indurés qu'on ne peut faire glisser sous la peau.

Les cuisses sont assez variqueuses, particulièrement la cuisse droite.

Il n'y a pas de ganglions dans les aines, ni dans le creux poplité. Le cœur est normal. Malgré ces énormes déformations, la marche est possible et même assez facile. Il n'y a qu'un léger balancement rappelant un peu la démarche du canard.

Les bras sont très gros, mais simplement gras ; et sous l'humérus, il y a un véritable pannicule adipeux.

très souple. Quand les bras sont appliqués sur la poitrine, les diamètres sont respectivement 18 centimètres à droite et 19 centimètres à gauche; leur circonférence est de 40 centimètres.

Au-dessus du poignet, la graisse forme un petit bourrelet.

L'intelligence est normale, plutôt développée.

L'analyse des urines faite très complètement par M. Monfet donne les résultats suivants :

« Légères traces d'albumine. Oligurie très marquée. « Ralentissement considérable de l'activité cellulaire « marquée par le taux très faible de l'élimination des « éléments normaux et se faisant plus spécialement « sentir sur les principes azotés.

« Les combustions azotées laissent à désirer (Coef., « 8,1 au lieu de 8,5), laissant dans l'organisme un « déchet azoté de 18,9 p. 100 au lieu de 15 p. 100.

« Déminéralisation organique très accusée (coef., « 46,7 au lieu de 30 p. 100). Dans les éléments minéraux, la magnésie a une tendance à prédominer sur « la chaux. L'acidité rapportée au kilo corporel, « comme tous les autres éléments d'ailleurs, est notablement inférieure au taux normal. Dans le sédiment, signalons quelques cristaux d'oxalate de « chaux. »

Les mensurations ont été prises le 13 mars 1897.

Du 13 mars au 15 avril, Mme B... a absorbé de l'iodothyrine de Baumann (2 grammes par jour) sans résultat thérapeutique appréciable. Le 25 mai, renonçant à traiter l'obésité de Mme B .., je me décide à essayer contre l'œdème éléphantiasique des deux jambes le courant constant; et actuellement après six séances électriques faites sur la jambe gauche, celle-ci a déjà beaucoup diminué.

V

Quels sont d'ailleurs les divers traitements qui ont été préconisés contre les états éléphantiasiques confirmés?

On a successivement essayé les sétons, les mouchetures, la compression, le massage, les injections de pilocarpine (1), la ligature de l'artère du membre, opération sans efficacité réelle d'après les statistiques de Fischer et Lesrink et non sans danger puique Rowell Park (2) a eu un cas de mort, l'amputation et enfin l'électricité.

Dès 1824, Alard (3) écrivait :

« Indépendamment des préparations médicales et des substances végétales qu'on peut employer à surexciter les mouvements vasculaires, on possède encore dans l'électricité un agent très puissant, dont il est possible de se servir avec quelqu'avantage. On a cru remarquer que ce moyen non seulement diminue les fréquentes attaques de la période aiguë, mais encore diminue l'engorgement des parties, avantages qu'il produit selon toute apparence en stimulant le système et en augmentant l'absorption. La malade qui fait le sujet de la 17e observation du Dr Hendy attribue son entière guérison et la disparition totale du gonflement à des commotions électriques qu'elle reçut jusqu'à la douleur. On conçoit du reste qu'un tel moyen ne doit être employé que longtemps après la période aiguë. Il est surtout applicable dans les circonstances où la maladie est moins le résultat d'une vive inflammation se représentant par intervalles que d'une suite pour ainsi dire non interrompue de mouvements exhalatoires, comme nous le voyons fréquemment arriver dans nos climats tempérés. »

Cette méthode resta néanmoins tout à fait dans l'oubli jusqu'à l'année 1877, où Beard et Rockwell (1) traitèrent avec succès un cas d'éléphantiasis par la galvanisation. Mais c'est surtout Silva da Araujo et Moncorvo (2) qui forts d'une pratique de plus de 400 observations purent dans une série de publications remettre en honneur et perfectionner la méthode électrique.

Dans son atlas des maladies de la peau, Araujo publie avec détails l'observation d'un malade qui vit un éléphantiasis filarien énorme rétrocéder après un très grand nombre de séances électriques externes et une quinzaines de ponctures électrolytiques dans les parties tout à fait indurées. Sa méthode consistait essentiellement, en l'application quotidienne pendant quinze minutes de courants continus suivie de quinze minutes de faradisation et de compression dans l'intervalle des séances.

Malheureusement, Araujo ne donne pas de détails sur l'intensité qu'il emploie, ni sur la forme de ses électrodes qui devaient être au reste assez petites puisqu'il dit qu'il les déplaçait souvent pour faire en quelque sorte du massage électrique.

---

(1) Paulet, *Bulletin de thérap.*, 15 décembre 1892.

(2) Rowell Park, *Eleph. d'une jambe*; *ligature de la fémorale*; *phlébite et thrombose secondaire*; *septicémie*; *mort.* (*Med. News*, 13 février 1892).

(3) Alard, *Inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques dermoïdes et sous cutanés*, Paris 1824.

(1) Tibbits. *Medical electricity*, 1877, 2e édit., p. 222.

(2) Silva da Araujo, *Traitement de l'éléphancie par l'électricité.* (*Gazeta medica da Bahia*, 2e série vol. IV, an XI, n° 10, octobre 1879.) — Silva da Araujo et Moncorvo, *Traitement de l'éléphancie des Arabes par l'emploi simultané des courants continus et intermittents.* (*Communication à l'Académie des sciences*, 1879, et *Comptes rendus*, 19 avril 1880, p. 933.) — Silva da Araujo et Moncorvo, *De l'électrolyse appliquée à l'éléphantiasis des Arabes.* (*Bulletin de l'Académie de méd. de Paris*, tome X, 1880, p. 9.) — Silva da Araujo, *Encore le traitement de l'éléphancie par l'électricité* (*Uniao medica de Rio-de-Janeiro*, 1881, n° 1 et n° 2); *Note au Congrès international d'électricité* et *Acad. des sciences*, 1881-1882. — Silva da Araujo et Moncorvo, *Note à l'Académie des sciences*, 1884. — Vieirra de Mello, *De la nature et du traitement de l'éléphantiasis des Arabes*, 1883. — Silva da Araujo, *Cas de chylurie, d'éléphancie du scrotum, de scrotum lymphatique de craw-craw et d'érysipèle, sur un même individu*; *traitement par l'électricité avec un excellent résultat.* (*Gazeta medica da Bahia*, an IX, 2e série, 11 novembre 1887). — Silva da Araujo, *Atlas des maladies de la peau*, Rio-de-Janeiro 1887.

Il ne me semble pas, malgré l'autorité d'Araujo, qu'il faille associer le courant faradique au courant continu. Le courant continu est souverain en effet dans tous les engorgements, dans toutes les stases, grâce à son action vaso-motrice et aux transports d'ions qu'il produit. Il détermine la contraction des vaisseaux lymphatiques et, comme le disent Onimus et Legros (1), « cette contraction des vaisseaux lymphatiques a pour résultat de faciliter le mouvement de la lymphe et certes cette action des courants électriques sur laquelle on n'a pas encore insisté doit avoir une certaine importance ; car aussi bien pour la lymphe que pour le sang, une circulation plus grande et plus facile, doit augmenter les phénomènes nutritifs des tissus. »

Aussi sur ma malade, me contenterai-je de galvanisations externes avec de grandes électrodes. A cet effet j'ai fait construire deux électrodes de 26 centimètres de large sur 16 de hauteur ; je les recourbe en forme de demi-cylindres ; je les applique au deux extrémités d'un plan diamétral de la jambe ; je les mets en communication avec le pôle négatif d'un appareil à courant constant et je place l'électrode positive sur la nuque. Je fais passer un courant de 50 milliampères environ, et je fais suivre chaque séance d'une compression avec une bande de toile.

Les résultats que six séances m'ont déjà donnés me permettent d'espérer que dans quelques mois je pourrai restituer à ma malade des jambes obèses, il est vrai, mais non difformes.

REVUE DE LA PRESSE

—

Nouvelle méthode de traitement de l'acné, par le Dr Henry Bordier, de Lyon (*Arch. d'électr. méd.*, juillet 1897). — Tout le monde connaît la ténacité désespérante de l'acné et la grande résistance qu'offre cette affection aux traitements, tant locaux que généraux. Il est, en effet, à peu près impossible d'obtenir, par les moyens ordinaires de la thérapeutique, la guérison de ces séries d'affections cutanées, caractérisées par la rétention du produit de sécrétion des glandes sébacées, accompagnée de l'inflammation de ces glandes ou des tissus immédiatement adjacents. Les formes les plus communes de l'acné, l'acné ponctuée et l'acné pustuleuse, sont le plus souvent associées. C'est à ces deux variétés que s'adresse la méthode de traitement que je vais indiquer et qui a permis d'obtenir la guérison complète dans un cas d'acné de la face très étendu.

Le traitement consiste à soumettre le malade à l'action du bain électrostatique et à celle du souffle électrique. Le malade est isolé sur un tabouret à pieds de verre et est mis en communication électrique avec le pôle négatif d'une machine électrostatique à *grand débit* : la machine à deux cylindres concentriques en ébonite, présentée par M. d'Arsonval, en 1894, à la Société française de physique, réalise le mieux cette condition. En avant de la face du malade est disposée une pointe métallique dont l'angle au sommet est de 90° environ et qui est reliée au sol. Cette pointe à effluves a pour effet d'augmenter la quantité d'électricité qui passe par le corps du sujet : il se produit en même temps, sous l'influence du souffle électrique, des actions vaso-motrices que j'ai mises en évidence dans mes recherches sur la sensibilité électrique de la peau (1).

Chaque séance dure quinze minutes et le traitement est appliqué tous les deux jours.

Telle est la méthode que j'ai mise en œuvre à la fin de l'année 1896, dans le cas d'un jeune homme de 21 ans, dont le front, les joues, le nez, le menton, toute la face en un mot étaient envahis par les deux variétés ponctuée et pustuleuse d'acné. J'avais d'abord essayé le traitement électrolytique que j'avais utilisé pour deux autres malades : ce traitement consiste à enfoncer au centre de chaque pustule une aiguille métallique reliée au pôle négatif d'une source d'électricité galvanique ; à l'aide d'un rhéostat à liquide, on donne à l'intensité la valeur de 2 mA. Après quinze à vingt secondes on ramène le courant à zéro et on recommence ainsi pour chaque bouton. Mais comme chez ce malade le nombre des pustules ne diminuait guère, malgré la disparition des 30 à 40 soumis dans chaque séance à la galvanocaustique chimique, je pensais à agir sur la nutrition générale par l'emploi du bain électrique, espérant que la sécrétion des glandes sébacées pourrait être modifiée et dans sa quantité et dans sa qualité.

Après quelques séances du nouveau traitement, le nombre des pustules commença à diminuer, et, à mesure que les séances devenaient plus nombreuses, l'amélioration apparaissait de plus en plus nette ; en même temps la peau de la face qui, auparavant, avait un aspect huileux, devenait de moins en moins grasse, ce qui indiquait bien que, sous l'influence de la franklinisation, la sécrétion sébacée avait été profondément modifiée.

La guérison fut obtenue au bout de deux mois environ ; elle s'est bien maintenue, et le printemps n'a point occasionné de poussée nouvelle des boutons d'acné.

Les avantages de la méthode de traitement que je viens de faire connaître sont assez évidents pour ne pas insister ; indépendamment de l'absence complète de toute sensation douloureuse, le traitement ne laisse aucune trace de cicatrices sur la figure, comme cela ne manque jamais de se produire avec la méthode par la cautérisation soit électrolytique, soit ignée.

Le résultat obtenu par le bain statique combiné à l'action du souffle est des plus intéressants ; il prouve d'abord que les effets de la franklinisation appliquée à

(1) Onimus et Legros *Traité d'électricité médicale*, 2e éd., p. 371.

(1) H. Bordier, *De la sensibilité électrique de la peau*, p. 162, Paris, 1897.

l'aide d'une machine puissante sont loin d'être dus à la suggestion, ainsi que quelques médecins, encore trop nombreux, semblent le vouloir.

Il ne faut pas oublier que le bain électrostatique agit en augmentant l'intensité des combustions interstitielles dont les produits ultimes sont modifiés qualitativement : il change la manière de brûler de la machine organique soumise à son action, car on observe des modifications dans le pouls et la tension artérielle, dans la température centrale et locale, dans la force dynamométrique, dans les échanges respiratoires et dans les sécrétions. Toutes ces perturbations ne peuvent évidemment pas être négligées et devraient suffire à satisfaire l'esprit des partisans de la suggestion et entraîner leur conviction.

Les bons effets que la franklinisation a produits chez ce malade permettent, en outre, de penser que l'électricité a eu pour résultat de régulariser la nutrition générale, de diminuer la sécrétion des glandes sébacées et de les placer dans un état de plus grande résistance dont la conséquence à été de les mettre à l'abri des agents pathogènes, cause des suppurations endo et péri-folliculaires de l'acné pustuleuse. Je dois ajouter que le malade avait la face envahie par l'acné depuis six ans, qu'il avait essayé un grand nombre de médications, sans le plus petit bénéfice. Sa santé a, d'ailleurs, été toujours très bonne ; il n'y a rien à relever sur le fonctionnement des différents organes ; l'estomac, entre autres, a ses dimensions normales et les digestions sont excellentes. Enfin, la guérison obtenue chez ce malade par la nouvelle méthode de traitement a été constatée par plusieurs médecins qui l'avaient soigné antérieurement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 août 1897. — Présidence de M. Caventou.

La Correspondance comprend une lettre de M. le Dr Armaingaud (de Bordeaux) qui se porte candidat au titre de correspondant national (1re division).

Immunité de certaines familles de Saint-Ouen pour la tuberculose. — MM. Dubousquet et L. Duchesne. Il résulte de ce travail que 98 familles comptant 511 membres n'ont pas présenté 1 seul décès par tuberculose depuis 1883 et que cette immunité paraît fort ancienne ; la mortalité de ces familles consultée depuis 1870 répond négativement et les vieillards de ces familles affirment qu'ils n'ont jamais vu ou entendu dire qu'il y ait eu des poitrinaires parmi eux. Ces familles sont composées d'agriculteurs, originaires du pays ou y sont établies depuis nombreuses générations. Depuis 1870, les auteurs relèvent que 72 jeunes gens appartenant à cette tribu sont partis au régiment dont 7 dans les sections d'infirmiers et que pas un n'a présenté d'accidents tuberculeux quelconques. Ces faits sont d'autant plus intéressants que de toutes les maladies la plus meurtrière est la tuberculose avec une mortalité annuelle de 3 sur 1.000 vivants ; que dans l'armée, particulièrement les infirmiers, elle a causé jusqu'à 11 décès sur 1.000 infirmiers (*Armée prussienne, Kirchner*). Parmi les infirmiers civils elle fait aussi de trop nombreuses victimes. En dix ans à Paris, il y a eu 599 décès pour le personnel des infirmiers des hôpitaux avec 217 décès par tuberculose, soit 36,22 0/0, de telle sorte que pour eux il faut compter avec une véritable tuberculose professionnelle (*Landouzy*). Les raisons de cette immunité familiale sont nombreuses : tempérament arthritique et sanguin, thorax développé, vigueur naturelle, né au grand air, sobriété, bonne nourriture, bonnes habitations, allaitement maternel traditionnel dans ces familes, qui cependant s'allient par de nombreux mariages consanguins, ce qui serait une cause de déchéance si la race était entachée. Elles ne se mêlent pas par des mariages ou même par relations sociales aux nombreux immigrants dans la localité qui, eux, fournissent de nombreux décès par tuberculose ; elles font de la sélection involontairement, sélection que nous voyons donner de si beaux résultats en vétérinaire et en agriculture. Mais il y a là surtout une affaire de milieu intérieur, une question de terrain et de bonne hérédité qui font de ces familles au milieu de la population ambiante comme une race privilégiée qui cependant pourrait bien perdre, par l'alcoolisme et l'abandon de l'allaitement maternel, une partie de son immunité. Cette immunité à l'égard de la tuberculose se retrouve dans certaines races animales, race bovine du Limousin et de l'Auvergne (*Salers particulièrement*).

Il y a cinquante ans la tuberculose humaine était très rare au Limousin par exemple où elle est devenue la maladie dominante depuis l'émigration des ruraux vers les villes, et il en est ainsi pour tous les pays civilisés. Les familles qui font le sujet de cette communication sont toujours restées chez elles, ne frayant nullement avec les voisins et ayant conservé un terrain résistant contre la graine tuberculeuse semée autour d'elles.

Les auteurs concluent qu'il y a aux portes de Paris une race spéciale, une tribu réfractaire jusqu'à présent à la tuberculose et contre la dissémination de la tuberculose ils préconisent différents moyens : désinfection des logements occupés par des tuberculeux au moins après les décès, instructions à la population par cours publics, affiches, sur les dangers de la contagion et les procédés de destruction des germes contenus dans les crachats et les linges souillés, apprendre aux enfants dès l'école les préceptes les plus élémentaires de prophylaxie domestique et le vote de lois diminuant les charges des ruraux qui viennent dans les villes où les attire l'espoir bien illusoire d'un salaire plus rémunérateur, d'une vie plus facile et plus attrayante. Ils parlent aussi de sélection volontaire, d'alliances entre gens bien portants, mais cette sélection volontaire n'est pas sur le point d'entrer dans les mœurs et il faut lutter contre la tuberculose avec les seuls moyens déjà bien puissants dont on dispose. Créer un mouvement d'opinion autour de cette question, qui intéresse autant l'individu que l'espèce, serait une des manières de servir l'intérêt le plus pressant, le plus suprême du pays par ce temps de longues discussions sur la dépopulation de la France.

Eaux minérales. — M. Alb. Robin lit, sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

L'acarien des vins sucrés du Midi. — M. Trouessart lit un travail sur ce sujet.

Corps étrangers de l'œsophage. Radiographie. Guérison. — M. Monnier rapporte l'observation d'un enfant ayant avalé une pièce de monnaie qui s'arrêta dans l'œsophage où son siège fut nettement indiqué par la radiographie; M. Monnier fit une œsophagotomie au point indiqué et tomba directement sur la pièce de monnaie qu'il enleva avec une pince à polypes.

Des albuminuries dyspeptiques. — M. Albert Robin. On a signalé depuis longtemps les albuminuries d'origine dyspeptique qui forment l'un des groupes les plus indiscutés parmi les albuminuries fonctionnelles (1), mais on n'a pas encore donné les caractères cliniques à l'aide desquels on peut sûrement les distinguer, car il ne suffit pas de la coïncidence d'une albuminurie même minime avec des troubles dyspeptiques pour subordonner immédiatement celle-là à ceux-ci. Et comme, dans l'albuminurie dyspeptique, un traitement bien dirigé est ordinairement curateur, il importe beaucoup de savoir en faire exactement le diagnostic, d'autant que j'ai l'intime conviction que ces albuminuries, d'abord fonctionnelles et secondaires, peuvent devenir à la longue lésionales et aboutir à l'une des formes de la maladie de Bright.

Ou bien l'albuminurie dyspeptique est méconnue, ou elle est considérée comme lésionale et brightique, ou encore elle est traitée d'albuminurie cyclique, intermittente ou physiologique (2).

Elle est assez fréquente pour que je l'aie observée 308 fois sur 1585 cas d'hypersthénie gastrique. Elle n'est nullement en rapport isolé avec l'hypertrophie du foie.

On la reconnaît aux caractères suivants :

1° Coïncidence de l'albuminurie et des signes essentiels de l'hypersthénie gastrique (HCL en excès dans le contenu stomacal; conservation ou exagération de l'appétit coïncidant avec l'aspect déprimé ou amaigri du sujet; distension variable de l'estomac; hypertrophie fonctionnelle et variable du foie; coprostase; crises gastriques);

2° Quantité d'albumine variant depuis des traces impondérables jusqu'à 1 gramme, rarement 1 gr. 50, presque jamais au-delà. Ordinairement la quantité oscille de quelques centigrammes à 0 gr. 50. Donc, albuminurie minime;

3° Cette albumine est uniquement formée de sérine. Quand on trouve de la globuline, c'est à l'état de traces impondérables (Albert Robin et Cloetta);

4° Coexistence fréquente de la phosphaturie;

5° Augmentation du coefficient de déminéralisation;

6° Elévation fréquente du coefficient d'oxydation azotée; diminution du chimisme respiratoire (Albert Robin et Maurice Binet);

7° Coexistence de la glycosurie passagère dans le dixième des cas;

8° L'albumine ne se rencontre habituellement que dans l'urine de la digestion où après la marche. Le matin, après le jeûne et le repos de la nuit, l'albumine manque presque toujours;

9° Si l'on enjoint au malade de garder le lit pendant quelques jours, sans mettre pied à terre, l'albumine disparaît totalement, même dans l'urine de la digestion;

10° Le sédiment urinaire renferme souvent de l'acide urique ou des urates, mais pas de cylindres vrais.

L'albuminurie gastrique reconnue, on mettra le malade au régime lacté absolu pendant vingt-cinq à trente jours en lui faisant suivre concurremment le traitement de l'hypersthénie gastrique (1). Ordonner en même temps le repos au lit, ou, tout au moins, un long séjour au lit et un minimum de mouvement, avec l'urgente obligation de s'étendre après chaque prise de lait et de demeurer ainsi pendant plus d'une demi-heure avec un appareil à circulation d'eau chaude sur l'estomac.

La deuxième période du traitement comprend le régime lacté et végétarien avec des œufs à la coque comme unique aliment animal. Pendant cette période, on essaie d'atténuer le traitement médicamenteux.

Dans la troisième période, on cesse le lait; on introduit dans l'alimentation quelques poissons comme la sole et le merlan, puis le bœuf rôti ou le poulet, tout en laissant une grande prédominance à l'alimentation végétale. Eau de Condillac en boisson, pure ou avec un peu de vin blanc ou rouge. Entre les deux premiers repas, à égale distance de l'un et de l'autre, 250 grammes d'eau de Saint-Nectaire, source Sainte-Césaire ou source Maurange, en deux fois, à un quart d'heure de distance.

Après ces trois périodes, il est rare que l'albuminurie n'ait pas disparu ou, tout au moins, ne soit devenue exceptionnelle. On fera faire, à ce moment, une cure d'eau de Saint-Nectaire à la maison, à moins que la saison ne permette une cure sur place. Et pendant plusieurs années, on renouvellera cette cure, jusqu'à ce qu'une année entière se soit écoulée sans réapparition de l'albumine.

Si l'albumine ne disparaît pas après ce traitement, on suivra les indications que j'ai données en 1891 au sujet du traitement des albuminuries phosphaturiques.

S'il n'y a pas de phosphaturie, on reviendra peu après au régime normal, ce qui permettra de tenter la médication acide par l'acide sulfurique et l'acide nitrique alcoolisés.

L'insuccès de ce dernier traitement fera tenter la cure de lavage à Evian et Contrexéville, surtout si l'urine contient un dépôt urique ou uratique.

Enfin, quand l'albuminurie persiste malgré tout, ce qui est exceptionnel, poursuivre énergiquement le régime, et tenter la médication ferrugineuse (fer réduit par l'hydrogène) ou la médication tannique.

(1) Voir les très remarquables rapports d'Arnozan et de Talamon au Congrès de Nancy, en 1896.

(2) J'ai vivement combattu cette soi-disant variété de l'albuminurie fonctionnelle. Il n'y a pas d'albuminurie physiologique. Toutes celles que j'ai rencontrées ou qui m'ont été soumises étaient d'origine dyspeptique ou phosphaturique. (Albert Robin. *Des albuminuries phosphaturiques. Bulletins de l'Académie de médecine*, 1891.)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

Tenu à Toulouse du 2 au 8 août 1897 (suite) (2).

Formes de l'hystérie infantile. — M. le Dr Bezy de Toulouse, rapporteur. L'hystérie infantile présente les mêmes modalités que l'hystérie de l'adulte; il y a des faits d'hystérie convulsive, d'hystérie non convulsive, l'hystérie simulant des maladies plus ou moins spéciales à l'enfance.

(1) Voir Albert Robin. *Traité de thérapeutique appliquée. — Traitement des dyspepsies.* Fascicule XII.

(2) Voir *France Médicale*, n° 33.

'hystérie convulsive de l'enfant présente le même as- t que celle de l'adulte, mais elle revêt rarement d'em- e le type complet de la grande attaque. Le phénomène vulsif peut être atténué, limité, fruste. L'attaque sur- ıt d'ordinaire après une grande émotion morale, après pratique intempestive d'hypnotisation, après un rêve ifiant.

armi les formes limitées, il faut citer :

es *chorées*; la chorée de Sydenham, du moins, dans ucoup de cas, est une manifestation de l'hystérie infan- . Les chorées rythmées, épidémiques ou non, relèvent lement de l'hystérie.

a *toux spasmodique hystérique* qui, simulant la coque- he, une bronchitè simple, occasionne si souvent des eurs de diagnostic. Cette toux, permanente ou par ès, n'est pas quinteuse ni dyspnéisante, est très tenace, se pendant la nuit, guérit tout d'un coup, récidive faci- ıent. Souvent, pour dépister cette hystérie monosympto- tique, il faudra se contenter des signes négatifs du côté larynx et des voies respiratoires en général.

e *hoquet*, le *reniflement*, le *renâclement*, faciles à recon- tre ; le *bégaiement*, qui apparaît brusquement à la suite ne émotion, d'un traumatisme, d'une crise qui disparaît squement, mais qui peut exister sans autre manifesta- a hystérique.

a *chorée électrique* (maladie de Bergeron), avec ses se- isses rythmiques et brusques, siégeant presque exclu- ement à la tête, aux membres inférieurs. Ce tic à ousses rythmiques est de nature franchement hysté- ıe pour beaucoup d'auteurs.

es *pseudo-épilepsies partielles* sont rares, simulent l'é- pilepsie jacksonienne, mais se distinguent par l'absence de alysie des membres convulsés et le nombre très consi- able d'attaques sans déchéance cérébrale.

armi les faits d'hystérie non convulsive, il faut citer : es *paralysies* avec ou sans atrophie; débutant vers e de 9 à 10 ans, marchant de pair avec les contractures s'accompagnant souvent de zones anesthésiques. La me paraplégique est fréquente, mais elle est vraie ou sse et peut remplacer une incontinence d'urine hysté- ue.

es *contractures* constituent une forme précoce et fré- ente.

'*astasie abasie* caractérisée par la possibilité pour le lade de remuer les jambes quand il est couché ou assis, is dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher, fréquente dans l'enfance. Elles peuvent être la première nifestation de l'hystérie dans le jeune âge. La guérison la règle.

es *troubles digestifs* ne sont pas fréquents chez l'enfant. sont de l'anorexie, de la gastralgie vraie, des vomisse- nts fécaloïdes, dans un cas des signes pseudo-appendi- aires.

Troubles trophiques et atrophies musculaires. L'atrophie isculaire hystérique est admise, mais elle est rare. L'a- phie peut accompagner la contracture. On a cité des cas rticaire nerveuse, assez rebelle d'ailleurs au traitement, s œdèmes des extrémités et de la face, des tumeurs an- -névrotiques à siège variable, d'un caractère fugace et taisiste. Il n'est pas même jusqu'aux plaques gangré- uses cutanées qui n'aient été observées. Les *hémorra- s* sont rares, on a cependant observé des hémoptysies et des hématuries. Le *mutisme* n'est pas fréquent, avec ou sans autres troubles de la parole comme paraphasie, agra- phie, alexie, il peut être précédé de vertiges. L'aphonie avec netteté de l'intelligence sont les deux signes qui per- mettent, par leur réunion, de faire le diagnostic.

Les *troubles circulatoires* sont des palpitations, des inter- mittences, des alternatives de rougeur et de pâleur, des syncopes.

Le *tremblement* est rare, siège aux membres supérieurs et est exagéré par les mouvements intentionnels.

Les *pseudo-arthrites* ont un aspect épidémique et s'ac- compagnent de zones d'hyperesthésie, de contractures.

L'*athétose* a été relatée une fois.

Les *anesthésies et hypéresthésies* n'ont rien de spécial à l'enfant.

Les *troubles psychiques* sont intéressants : les petits hys- tériques sont précoces, apprennent vite et ne retiennent pas, sont contents d'être admirés, ont des affections vives et changeantes, sont impressionnables et jaloux, sont re- muants, indécis et bizarres. Tous ces faits sont connus, mais ce qu'il importe surtout de connaître, c'est qu'ils sont des menteurs et des délirants. Il y a des menteurs par ba- dinage, par imitation, par intérêt, par désir de nuire, par inconscience, par hallucination. Les délirants sont fréquents et le diagnostic avec l'épilepsie est difficile ; cependant, on peut dire que le délire épileptique est fait d'impulsion et de violence, le délire hystérique d'hallucinations.

Hypnotisme, Somnanbulisme, Attaques de sommeil. L'hypnotisme est rare, le somnambulisme est fréquent. Les crises de sommeil peuvent affecter la forme de noctambulisme, de vigilambulisme, d'automatisme ambu- latoire, et sont fréquentes. Le somnambulisme natu- rel chez l'enfant est un signe révélateur de l'hystérie, la névrose pouvant s'en tenir là ou évoluer plus tard. Le somnambulisme hystérique évolue sur le même terrain, mais la nature du terrain s'est manifestée par d'autres si- gnes. Pendant le somnambulisme, l'enfant peut présenter de l'automatisme ambulatoire hystérique. Parmi les faits d'hystérie simulant des affections plus ou moins spéciales à l'enfance, il faut citer la *pseudo-coxalgie*, le *pseudo-mal de Pott*, la *pseudo-méningite* avec céphalalgies se présentant sous forme de crises, la *pseudo-hémiplégie spasmodique*, la *scoliose*.

L'*incontinence d'urine*, les *terreurs nocturnes* seront faci- lement diagnostiquées.

Les cas de *pseudo-paralysie infantile* et de *pseudo-tabes spasmodiques* sont rares et sont difficilement reconnus.

Le pronostic de l'hystérie infantile peut se réduire à cette formule de Charcot : l'hystérie ne tient pas chez l'enfant, à condition qu'elle soit reconnue et traitée de bonne heure.

Le traitement se résume dans une prophylaxie sévère, une hygiène parfaite, l'isolement, l'hydrothérapie, la valé- riane et surtout la suggestion à l'état de veille.

M. Pitres. Théoriquement on est embarrassé par la diffi- culté de limiter l'hystérie, de dire où elle commence, où elle finit. Ainsi, par exemple, un enfant se présente avec des terreurs nocturnes mais n'urine pas au lit. Un médecin y verra de l'épilepsie fruste, un autre de l'hystérie. Et de fait, on ne peut les départager tout de suite, car il faut un certain temps d'observation pour affirmer que les accidents sont bien de nature hystérique. En réalité, il faut avouer qu'il y a tout un groupe de phénomènes nerveux, qui res-

semblent à l'hystérie, mais qu'on ne peut rattacher à cette maladie faute de preuves suffisantes, et cela s'entend surtout de l'hystérie infantile.

Pratiquement, il est regrettable que certains accidents de l'hystérie ne soient pas toujours rattachés à leur véritable cause, car on laisse ainsi persister des troubles qui auraient guéri si la connaissance de leur étiologie avait permis d'instituer le traitement rationnel.

Notamment le bégayement hystérique n'est pas toujours reconnu par les médecins. C'est ainsi que j'ai trouvé, sur 23 bègues, soignés dans un établissement privé, 7 qui étaient de nature hystérique, et ce diagnostic avait échappé.

Le tic vulgaire, le petit tic est, lui aussi, le plus souvent de nature hystérique, et comme tel guérissable alors que trop souvent on croit le contraire.

M. Marcel Briand. L'hystérie infantile me paraît beaucoup moins fréquente qu'elle ne le semble à certains auteurs. J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre d'enfants qualifiés d'hystériques, parce qu'ils avaient de l'irritabilité, se mettaient facilement en colère, tombaient en pamoison et se montraient trop volontiers menteurs. Si j'ai pu observer, comme M. Bézy, combien il était difficile chez les jeunes sujets de rechercher les stigmates de l'hystérie, j'ai vu aussi qu'il n'en était pas de même des stigmates physiques de la dégénérescence mentale qui, dans bien des cas, éclataient aux yeux. Un de mes élèves, M. Colin, a démontré dans sa thèse que la folie dite hystérique ne se manifestait que chez les hystériques entachés d'hérédité vésanique. Ne nous hâtons donc pas de porter le diagnostic d'hystérie chez des enfants dont le caractère paraît anormal.

M. Bérillon. La suggestion hypnotique est acceptée sans contestation dans le traitement de toutes les formes de l'hystérie chez l'adulte. Ce même procédé, lorsqu'il s'agit de l'appliquer à l'enfant, soulève de nombreuses objections. Cependant, les psychothérapeutes n'ont plus recours pour arriver à la production de l'hypnotisme qu'à des procédés absolument inoffensifs qui sont d'ordre psychique et persuasifs. Ils se bornent à suggérer au malade de s'abandonner au sommeil le plus simplement possible. Ils lui vantent les avantages de cet état de repos, de passivité. Lorsqu'ils jugent que le sujet est arrivé à un état de somnolence appréciable, ils s'appliquent par des suggestions appropriées à modifier les habitudes automatiques, à provoquer le réveil de l'énergie volontaire et à la créer lorsqu'elle fait défaut. Ils tiennent au sujet plongé dans le sommeil le même langage que d'autres lui adresseraient à l'état de veille. La suggestion faite, ils ne négligent jamais de procéder avec le plus grand soin au réveil complet du sujet.

La mise en œuvre de la psychothérapie, en apparence assez simple, nécessite cependant de la part de celui qui l'applique une certaine compétence et de certaines aptitudes. Ainsi appliquée, la suggestion hypnotique n'a jamais donné lieu à des accidents bien sérieux. Les plus graves n'ont jamais dépassé les limites d'un simple mal à la tête ou d'une somnolence passagère susceptible de disparaître sous l'influence d'une nouvelle suggestion.

Chez l'enfant il est extrêmement rare de constater les stigmates classiques de l'hystérie confirmée. Par contre, les troubles mentaux caractéristiques de l'hystérie vulgaire sont extrêmement fréquents : défaut d'attention, mobilité des idées, mensonge, perversion des sentiments. Une coquetterie excessive est bien souvent, chez les petites fill une des manifestations de l'hystérie précoce.

L'éducation défectueuse joue dans l'étiologie infantile rôle très important. Il appartiendra au médecin de procé à une rééducation mentale de l'enfant et il ne dérogera en prouvant qu'il est capable de jouer le rôle d'éducate L'emploi de la suggestion est donc nettement indiqué d le traitement de l'hystérie infantile. Les cas dans lesqu l'indication a été établie par des faits nombreux, rig reusement contrôlés, sont les suivants :

1° Troubles symptomatiques de l'hystérie, associés isolés (tics, chorée hystérique, tremblements, contractur hoquet, aphonie, mutisme et toux hystérique, strabis hystérique, incontinence d'urine).

2° Habitudes automatiques, onanisme irrésistible, onych phagie, kleptomanie.

3° Troubles psychiques relevant d'une émotivité exagé (pusillanimité, mensonges, terreurs).

4° Troubles psychiques revenant dans le cours des m ladies aiguës (agitation, délire nocturne).

De plus l'emploi de la suggestion hypnotique éclaire souvent le diagnostic et le pronostic en permettant de d férencier nettement les troubles fonctionnels qui dépe dent de l'hystérie de ceux qui relèvent de la dégénér cence héréditaire.

M. Paul Garnier. M. Bézy a spécifié avec quelles réserv il fallait accueillir le témoignage en justice des enfan hystériques. L'observation suivante montre combien ce assertion est vraie. Une fillette de 12 ans, apprentie da un grand magasin de fleurs, pour se rendre intéressant mit 5 fois le feu à l'atelier où elle travaillait. Chaque fo elle signalait le péril au moment où il allait éclater. Po détourner l'attention dont elle pouvait être l'objet, elle e le soin d'attirer les soupçons sur une de ses compagn d'atelier, dans la poche de laquelle elle avait glissé des p quets d'allumettes. Le hasard permit enfin de découvrir jeune incend aire, qui était une franche hystérique et av voulu jouer dans toute cette histoire un rôle providenti

Je ne crois pas que la suggestion hypnotique soit aus inoffensive que le prétend M. Bérillon. J'ai souvent v après la suggestion, survenir un délire hallucinatoire d'u durée plus ou moins longue, et dans lequel se reprodu invariablement la scène de la suggestion. Je fais donc l plus grandes réserves sur ce mode de traitement

M. Doutrebente. J'estime aussi prudent de délaisser suggestion hypnotique. J'ai observé un hystérique 12 ans qui avait de l'incontinence d'urine La suggestio fut proposée et acceptée comme mode de traitement. Apr une tentative de suggestion hypnotique, infructueuse reste, l'enfant eut des terreurs, des fugues, tomba dans mélancolie, et finalement dut être interné dans une ma son de santé, où il guérit d'ailleurs rapidement au moye de simples bains par immersion.

M. Bézy craint également que la suggestion hypnotiq n'entraîne des accidents plus ou moins sérieux.

M. Cullère (Roche-sur-Yon). L'incontinence infanti d'urine est un phénomène d'ordre psychique; c'est le sig d'un état mental incorrect.

L'étiologie de l'incontinence d'urine ne diffère pas celle de l'hystérie. Elle se développe toujours sur un te rain préparé par l'hérédité. Chez les parents des incont nents on retrouve l'hystérie sous ses diverses manifest

et l'incontinence elle-même, l'alcoolisme, les diverses
es de névropathie et, à un degré moindre, les psy-
os.

s hystériques infantiles ou juvéniles sont le plus sou-
des déséquilibrés ou des dégénérés; il en est de
e des incontinents, remarquables, comme les hysté-
s, par le peu de cohésion de leur personnalité cons-
e et leur extrême suggestibilité.

mme causes occasionnelles de l'incontinence j'ai relevé,
ne pour l'hystérie, les émotions vives, les traumatismes
rtout les maladies infectieuses parmi lesquelles domine
ugeole.

ez les incontinents on retrouve le défaut de synthèse
hique et la suggestibilité exagérée des hystériques. Il
t bien d'une véritable paralysie psychique comparable
paralysies hystériques ordinaires. Chez ceux qui se
illent d'une façon intermittente, les soirs où l'accident
se produire, on observe une modification de l'humeur
caractère, de l'excitation psychique, en un mot de
ables prodromes, qui se confondent avec ceux de la
hystérique elle-même.

pronostic de l'incontinence se confond avec celui de
térie infantile. Dans la majorité des cas, l'hystérie infan-
guérit spontanément. Abandonnée à elle-même, l'in-
inence guérit aussi généralement au moment de la
rté.

pourrait objecter que l'analogie n'est pas entière
e la marche de l'hystérie infantile et celle de l'incon-
nce. Alors que les symptômes de la première sont le
souvent éphémères pour se reproduire sous une autre
e, également susceptible de disparaître à bref délai,
ontinence livrée à elle-même persiste avec une constance
urageante pendant un grand nombre d'années. Cela
rai, mais elle ne persiste pas pourtant avec des carac-
s invariables, elle est sujette à des périodes tantôt de
ssion partielle, tantôt d'exacerbation. Du reste, l'hys-
monosymptomatique n'est-elle pas réputée pour sa
cité? L'incontinence urinaire guérit dans les trois
ts des cas par la suggestion et, pour les neurologistes
plus autorisés, les phénomènes hystériques sont les
s qui soient curables par la suggestion.

résumerai mon opinion dans la formule suivante : la
lié des enfants atteints d'incontinence d'urine est hys-
que; l'autre moitié est hystérisable.

Nogués lit l'observation d'une enfant qui a présenté
les signes de la méningite tuberculeuse sans en excep-
a fièvre et qui guérit brusquement après quatre jours
ymptômes graves. Les antécédents personnels et héré-
ires ne pouvaient faire penser à l'hystérie, et cepen-
, c'était bien la grande simulatrice qui était la coupable
que la malade a guéri et que cette hystérie aiguë a
é après elle des stigmates, peu nombreux il est vrai,
s qui ne paraissent pas avoir existé avant la maladie.
ourd'hui l'enfant est très bien portante, pas nerveuse,
'hyperesthésie des membres supérieurs a elle-même
aru.

. Bézy rapporte un cas d'hystérie infantile. Une fillette
4 ans et demi est prise, en avril dernier, de crampes
s les jambes. Le 22 elle ne peut plus marcher mais à ce
nent elle fait une rougeole, on ne peut donc l'examiner
le 6 mai. C'est une enfant intelligente, maigre, ne pré-
ant à noter qu'un souffle extra-cardiaque. Elle ne peut
marcher ni se tenir debout. Si on la fait coucher ou asseoir, on voit que tous les mouvements spontanés sont faciles, on constate des plaques d'anesthésie dans les membres inférieurs et supérieurs. On promet à l'enfant sa guérison à jour fixe. Cette tentative ayant échoué on la renouvelle et le 15 mai la guérison est obtenue, après un œdème fugace des pieds. Le traitement par la valériane et l'hydrothérapie avait été aussi institué.

M. Bézy relate également un cas de tremblement hystérique chez une petite fille de 11 ans et demi insiste sur la rareté des maladies à tremblements dans l'enfance, tandis que l'hystérie est fréquente à cet âge. Le diagnostic se fait en général par la brusquerie du début et la recherche des stigmates, le tremblement hystérique n'ayant aucun caractère spécial. L'enfant a été prise de son tremblement à la suite d'une frayeur ayant occasionné une perte de connaissance. Elle a des zones d'anesthésie sur les 4 membres. Le tremblement qui était d'abord intense est aujourd'hui lent et limité aux membres supérieurs. L'hydrothérapie employée régulièrement depuis quelque temps a produit une légère amélioration.

MM. Sabrazès et Lamarq rapportent trois observations d'hystérie infantile. Dans les trois cas on observe au début un choc moral ou physique. Chaque enfant présente des accidents propres; l'un a des crises syncopales, un autre une contracture du trapèze droit, le troisième s'endort tous les soirs à la même heure, rit et pleure sans le moindre motif.

Les auteurs ont été frappés par les faits suivants :

1° Le choc moral pur ou associé à un traumatisme peut provoquer chez l'enfant, tout comme chez l'adulte, l'apparition de l'hystérie.

2° Elle s'accompagne de remarquables troubles de la nutrition générale (amaigrissement, pâleur, anémie) précisés par l'examen du sang et des urines;

3° Dans ces trois cas, la suggestion à l'état de veille a réussi d'une façon parfaite à produire une guérison très rapide de tous les symptômes. Cette suggestion paraît dans la seconde enfance réussir plus facilement que chez l'adulte.

M. Destarac. La paralysie hystérique chez l'enfant a été méconnue et est encore difficile à déceler malgré les travaux de Charcot et la découverte des stigmates si utiles au diagnostic, parce que ces stigmates manquent le plus souvent chez l'enfant et d'autant plus souvent qu'il est plus jeune. Voici trois observations : une astasie abasie, une paraplégie et une monoplégie sans stigmates dont le diagnostic a été singulièrement facilité par l'exploration électrique, et qui ont guéri en une seule séance de faradisation, ce qui prouve une fois de plus que chez l'enfant l'hystérie ne tient pas.

L'électricité a une action réelle en dehors de la suggestion. Elle est encore très utile au diagnostic. L'existence de la réaction de dégénérescence permet d'éloigner l'idée d'hystérie. L'auteur réfute le cas de Gilles de la Tourette et Dutil et les affirmations de Souques, qui tendraient à prouver que la réaction de dégénérescence est un signe sans valeur puisqu'on le rencontre dans l'atrophie musculaire purement hystérique.

Organisation médicale des asiles d'aliénés. — M. Doutrebente, rapporteur, formule les propositions suivantes :

Les asiles publics d'aliénés sont en nombre insuffisant;

il y en aura toujours au moins un par département ayant moins de 500.000 habitants.

Les asiles devront être construits et aménagés avec six quartiers de classement pour cinq cents malades des deux sexes (chiffre maximum). Ils contiendront un quartier d'observation ou de traitement dit de surveillance continue, et, comme annexe, une colonie agricole à la périphérie en contact avec l'asile proprement dit.

Le département de la Seine, pour ne pas contribuer à augmenter l'encombrement dans les asiles de la province, doit rapidement construire une série d'asiles bisexués de cinq cents malades dans un rayon de quinze à vingt kilomètres de Paris.

L'encombrement progressif des asiles d'aliénés pourra, en outre, être combattu avantageusement par des mesures tendant à faciliter l'internement précoce des aliénés et l'assistance familiale directe avec secours en argent.

Le service médical et administratif doit être confié, dans chaque asile public d'aliénés, à un directeur-médecin, assisté d'un ou plusieurs médecins adjoints, d'un ou plusieurs internes et d'un secrétaire, chef de bureau de la direction ayant dans l'asile, à égalité, la situation hiérarchique et les appointements du receveur et de l'économe.

Dans les asiles cliniques, situés dans les villes où il existe une Faculté de médecine, le professeur de clinique deviendrait directeur-médecin, ayant à sa disposition deux médecins adjoints, dont l'un, le chef de clinique, serait chargé spécialement des besoins de l'enseignement, et l'autre des obligations légales du service médical. En cas de besoin, le nombre des médecins adjoints pourrait être doublé par des assistants choisis par le professeur de clinique, parmi les docteurs en médecine ayant été internes dans les asiles publics d'aliénés.

Les médecins adjoints, nommés par un concours unique pour toute la France, seront, dans chaque asile, placés par le Ministre de l'Intérieur à la disposition du directeur-médecin. C'est parmi les médecins adjoints que seraient pris, par ordre de mérite et de classement, les directeurs-médecins, sans qu'aucune exception ou dérogation à ce principe puisse être faite à propos de la création d'un nouvel asile, ou d'une première nomination, pour des services autres que ceux dévolus au seul médecin adjoint.

Les internes seront nommés par suite de concours régionaux entre les docteurs en médecine âgés de moins de 30 ans et les étudiants français ayant terminé leurs études de médecine générale. Après un stage minimum de un an dans un asile d'aliénés, ils auraient le privilège exclusif de pouvoir concourir pour obtenir le titre de médecin adjoint.

Dans les asiles trop éloignés du siège d'une Faculté de médecine, l'interne pourrait être remplacé par un deuxième médecin adjoint.

Dans le plus bref délai, et en attendant la construction de nouveaux asiles départementaux, le service médical dans les quartiers d'hospice et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics sera assuré par le Ministre de l'Intérieur, comme pour les asiles départementaux, par des médecins nommés par lui et ayant la même origine, le même classement et la même situation hiérarchique.

Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine faits par *le* médecin de l'établissement pourraient être faits par *un* médecin de l'établissement.

Le règlement du service intérieur, modifiable par le ministre de l'Intérieur, serait mis à jour et adapté aux propositions ci-dessus énoncées, sans oublier de placer premier rang le service médical relégué actuellemer l'article 52, section VIII.

Dans chaque asile d'aliénés, il sera aménagé une bib thèque médicale, un laboratoire et une salle d'autop permettant aux médecins et aux internes de se livrer à recherches scientifiques et à l'étude de l'anatomie norm et pathologique des centres nerveux.

Le service des retraites des directeurs médecins s fait, à l'avenir, par l'État; les internes, étant admis à y p ticiper, subiront les retenues réglementaires à partir jour de leur entrée en fonction.

Les surveillants en chef et gardiens participeront charges et avantages de la Caisse départementale des traites.

M. Charpentier, de Bicêtre, est partisan du maintien *statu quo*. Si quelques médecins peuvent être en mê temps de bons administrateurs, d'autres n'ont pas ce aptitude spéciale et on ne peut leur imposer des fonctio administratives; il est donc juste d'avoir deux catégor d'emploi, médecin directeur d'une part, médecin en c de l'autre, répondant à cette diversité d'aptitude du p sonnel médical.

M. Brunet, d'Evreux, partisan de la réforme, croit qu'e ne devrait pas être appliquée, du moins au début, a grands, aux trop grands établissements.

M. Rey, d'Aix, estime que les professeurs pourront di cilement être en même temps directeurs. Si cependant chose avait lieu, il conviendrait de donner aux professeu un médecin adjoint spécialement chargé de les secon dans la partie administrative.

M. le Dr Rebatel, conseiller général et membre de Commission administrative de surveillance des asiles partementaux, se plaçant uniquement sur ce terrain constaté que la séparation de l'autorité entre le méde et un fonctionnaire entraînait la division de la respon bilité, ce qui est désastreux pour l'exécution du servi Les regrettables incidents qui ont eu lieu à l'asile de Br ne se seraient certainement pas produits si, à la tête de établissement, avait été placé un médecin-directeur.

M. le Dr Drouineau, inspecteur général des asiles et de gué du ministre, dit que le personnel de l'Inspectorat tout à fait d'avis de confier la direction des asiles aux m decins. Toutefois il ne croit pas que la mesure soit réa sable dans les grands établissements dotés de plusieu services médicaux, par suite de la difficulté de hiérarc ser entre eux les médecins traitants. En outre, il esti que les professeurs ne pourront cumuler avec la charge l'enseignement la responsabilité administrative qui combe à un directeur.

M. Le Filliatre lit un travail intitulé : **Nécessité d'u nouvelle organisation du service médical dans l asiles d'aliénés ; son insuffisance.** — En voici les concl sions :

Nécessité d'éviter l'encombrement actuel des asiles, e combrement si fâcheux pour la bonne exécution du se vice, en augmentant le nombre des médecins qui devr être calculé à raison de 1 pour 100 malades.

Suppression des médecins adjoints, et création de « m decins d'asiles » analogues aux « médecins des hôpitaux

Adjonction à chaque médecin d'asiles d'un assistan « médecin-interne », pris au choix parmi les internes de teurs ayant au moins deux ans de service dans les asile

omination à l'emploi de « médecin d'asiles » par un ours réservé aux « médecins-internes ».
ncours annuel d'internat auquel ne pourraient prendre que des étudiants n'ayant plus que leur thèse à passer les docteurs en médecine.
durée de l'internat serait de deux années.
ugmentation progressive du traitement des « médecins-nes ».
s médecins d'asiles formeraient deux corps, l'un affecté département de la Seine, l'autre ressortissant au reste a France.
personnel jouirait des bénéfices de la retraite pro-ionnelle.
outes ces mesures seraient applicables aux asiles-cou-s.

(*A suivre*).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Saint-Etienne, tenu du 5 au 12 août 1897.

ésultats éloignés de la craniectomie dans l'idiotie ro-céphalique. — M. Blanc (de Saint-Étienne). La cra-tomie reste une opération simple, facile; en revanche, résultats éloignés qu'on peut en attendre paraissent de en plus hypothétiques. Au début, ces résultats exis-certainement, mais ils ne sont pas durables.
ailleurs, la microcéphalie a d'ordinaire pour origine un t de développement du cerveau se produisant au qua-me mois de la vie intra-utérine : dans ces conditions, ne saurait attendre aucun bénéfice d'une intervention ement osseuse. On ne serait en droit d'escompter un ir meilleur que dans les faits beaucoup plus rares de ro-céphalie post-embryonnaire, tardive.
Hyperglycémie extraordinaire chez une femme dia-ique avec lésions rénales. — M. Lépine (de Lyon). Chez femme venant du service de mon collègue, M. Vallas, ntrée dans le mien en état de coma, le dosage du sucre sang, fait dans mon laboratoire par M. Fauchon, en se tant à l'abri de toute cause d'erreur, a donné 10 gr. 6 r 1000 de sucre. Ce chiffre, le plus élevé que je con-sse, est parfaitement certain. Il s'explique par l'état des s qui étaient énormes et présentaient une néphrite onique très accentuée. Le défaut d'élimination du sucre les reins est donc en partie la cause de cette hyperémie essive. J'ai déjà insisté sur l'importance d'un élément al dans le diabète (*Revue de médecine*, 1896, p. 594). là un nouveau fait qui témoigne en sa faveur.
Circulation maternelle du placenta. — M. X. Delore Lyon). Le placenta est un grand sinus utérin développé s l'épaisseur de la muqueuse et dont les villosités ales ont envahi la cavité tout entière. La paroi utérine présente des orifices vasculaires qu'exceptionnellement. paroi fœtale est constituée par l'endothélium vasculaire ternel; mais cette mince couche est doublée par la mbrane allantoïdo-choriale que lui envoie le fœtus.
a circonférence est occupée par les segments de la veine onaire qui a des orifices établissant la communication avec la cavité ou espaces maternels auxquels on peut considérer une *région sous-choriale* remarquable par les piliers, les aréoles et les grandes lacunes; la *région intervilleuse* et la *sous-caduque*. Une injection poussée en un point quelconque envahit tous ces espaces et baigne toutes les villosités. Le placenta est en état d'érection d'une façon permanente. Il y a double érection : la maternelle et la fœtale. L'agrandissement des espaces intervilleux en est la conséquence.

La *circulation maternelle* du placenta se fait de la façon suivante : le sang des sinus utérins aborde le placenta par sa circonférence; il pénètre d'abord dans le sinus circulaire, puis dans les orifices d'entrée de la cavité qui sont solides. Il s'étale dans les aréoles sous-choriales et à la surface des lacs; de là, en montant le long des piliers, il s'insinue dans tous les *espaces intervilleux* et arrive sous la *caduque* où il arrose les sommets villeux. Glissant sous cette membrane et dans les *canaux intercotylédonaires*, il revient à la périphérie d'où il s'échappe par des orifices de sortie délicats situés sur un plan supérieur à ceux d'entrée.

Les *causes de la circulation* sont : une pression plus forte dans les vaisseaux afférents; les augmentations alternatives de pression produites par la systole du cœur de la mère et du fœtus; les mouvements respiratoires et les efforts de la femme et surtout les contractions insensibles de l'utérus, provoquées par l'accumulation d'acide carbonique dans la cavité placentaire, qui est un grand sinus utérin.

Lèpre nostras (scrofulide maligne). — M. Cénas (de Saint-Etienne) Depuis les publications de M. Zambaco, on tend à englober, sous le nom de lèpre, une foule de difformités fort disparates. Les recherches de M. Raymond ont démontré que la syphilis a été confondue avec la lèpre. L'observation et les photographies que M. Cénas soumet au Congrès présentent d'étroites analogies avec celles de M. Zambaco. Il s'agit d'un homme originaire du Velay, où les *ladres* étaient très nombreux autrefois : à un premier examen, on pourrait croire à un cas de lèpre atténuée. En réalité, on est en présence des lésions suivantes : *Tuberculose cutanée du dos de la main et du tarse droits; névrite tuberculeuse du cubital, lymphangite de la jambe.*

La théorie de M. Zambaco est beaucoup trop absolue. Comme les syphilitiques, les scrofuleux ont été enfermés pêle-même avec les lépreux dans les maladreries du moyen-âge.

M. Poncet se rallie au diagnostic de scrofulide maligne; 2 ou 3 fois il a rencontré des cas analogues. Pour l'un d'entre eux (lupus éléphantiasique du membre supérieur droit), il a pratiqué une désarticulation de l'épaule. L'examen histologique a démontré la nature tuberculeuse de la lésion. Le malade, opéré il y a huit ou dix ans, est resté complètement guéri. Il est probable que des lésions de nature infectieuse viennent se surajouter à la tuberculose, nécessitant des opérations sérieuses (désarticulation dans ce cas).

Action des boissons chaudes sur la fonction stomacale. — M. Montagnon (de Saint-Etienne). Les boissons chaudes entre 40° et 45° ont une action nette sur la motilité stomacale. Cette action a été constatée par une série comparative de repas d'épreuves retirés à la sonde et à l'aide de lavages à des heures variées pendant l'acte digestif. Elles n'ont pas d'action sur la sécrétion gastrique, ce qui a été vérifié par l'analyse chimique de la bouillie stomacale par les procédés habituels. Les boissons chaudes sont

indiquées chez les atoniques, avec dilatation chronique ou non.

Surtout elles peuvent rendre de grands services chez les hyperchlorhydriques simples ou hypersécréteurs avec phénomènes d'ectasie et de rétention, et chez lesquels il importe d'augmenter la vitesse d'évacuation sans exciter la sécrétion.

Hémoglobinurie paroxystique atténuée par une rougeole intercurrente. — M. Layral (de Saint-Etienne), observe depuis trois ans un cas d'hémoglobinurie chez une petite fille de 8 ans, née en puissance d'hérédo-syphilis. Elle avait des accès d'hémoglobinurie très fréquents et très intenses apparaissant toujours à la même heure (11 heures du matin). L'enfant était très anémiée, son état général médiocre, lorsqu'en mai 1896 apparut une rougeole normale. Depuis ce moment, son hémoglobinurie est allée s'atténuant de plus en plus; actuellement, il ne persiste plus que de très petits accès.

Cornes cutanées. — M. Reboul (de Nîmes). Observation I. — Un homme de 58 ans, charretier, observé en 1892, présentait sur la partie gauche de la lèvre inférieure une corne d'une hauteur de 1 centimètre et de 6 millimètres à sa base. Cette corne, dure, striée en long, d'un brun foncé, était aplatie d'avant en arrière et légèrement recourbée. Elle avait apparu deux ans auparavant et, après une chute spontanée, avait récidivé. Une incision cunéiforme permit de l'enlever facilement, l'examen histologique n'a pas permis de découvrir aucune lésion d'épithélioma.

Observation II. — Un jeune homme de 20 ans, observé en mars 1896, avec M. Lafon, présentait sur la partie moyenne de la face cutanée de la lèvre supérieure une corne blanche, conique, d'une hauteur d'un demi-centimètre. Ablation facile au galvano-cautère.

Observation III. — Un homme de 62 ans, opéré en avril 1897, portait depuis environ quinze ans, dans la région pariéto-occipitale gauche, une corne qui avait augmenté progressivement. Il y a huit ans, ce malade perdit sa corne pendant la nuit. A son réveil, le matin, il remarqua une tache de sang sur l'oreiller et trouva sa corne dans son lit. Même chute spontanée de la corne en 1892.

Lorsque je vis le malade en 1897, la corne avait récidivé et acquis le développement actuel. Cette corne incurvée sur elle-même, légèrement tordue, d'un brun foncé, a une surface striée en long. A sa partie moyenne, on voit un renflement régulier, la base était implantée dans un bourrelet cutané, son extrémité est mousse, en forme de massue. La longueur de cette corne est de 11 centimètres, la circonférence de sa base de 2 centimètres et celle du sommet de 3 centimètres et demi.

On peut invoquer comme cause de ces productions cornées, dans le premier cas, l'irritation produite par la pipe, dans le second la blennorragie et dans le troisième la séborrhée grave du cuir chevelu et le diabète.

Lésions nerveuses dans la peste. — M. Nepveu, de Marseille. Sur des coupes fines des circonvolutions cérébrales, on trouve dans l'espace sous-arachnoïdien des bacilles parsemés çà et là ou réunis en petits groupes, surtout nombreux dans les veines (où on les rencontre sur la paroi ou dans les caillots). On voit aussi de nombreux leucocytes devenant plus rares à mesure qu'on avance vers la profondeur. Les capillaires sont congestionnés, ils contiennent, outre des leucocytes en grande quantité, des bacilles de la peste que l'on voit bien en les colorant au bleu de Lœffler ou par la thionine, procédé dont se sert mon cl de laboratoire, M. Hagenmuller.

Une abondante diapédèse leucocytique s'est produite a tour des capillaires et des cellules nerveuses de l'écorce c rébrale. Ces cellules sont parfois aplaties, comprimées même atrophiées en partie par 5, 6 à 10 leucocytes. Da ce cas, la matière chromatique et une notable partie protoplasma ont disparu ; le noyau est très réduit de v lume.

Ces fins détails sont étudiés par le chlorure d'or. L'e ploi de ce sel permet de voir que le riche plexus cyli draxile qui entoure les cellules a en parti disparu, que substance chromatique intra-cellulaire est réduite de qua tité et de coloration, que les prolongements protoplasm ques des cellules les plus altérées sont comme granule et en dégénérescence. Ces lésions sont dues à la vive co gestion, à la compression par la diapédèse leucocytique l'œdème cérébral consécutif.

Rôle du licenciement des écoles dans la prophylax des maladies transmissibles. — M. J. Courmont. Le ter d'école a été pris dans son sens le plus général dep l'asile contenant des enfants de 2 ans jusqu'aux pensio nats d'enseignement supérieur contenant des jeunes ge pouvant avoir jusqu'à 20 ans. Le *licenciement* peut s'opér avec *dispersion dans les familles* ou parfois avec *transport bloc*. Il a des avantages et des inconvénients. Il a surto de grosses difficultés matérielles d'exécution. Il doit s'a compagner de mesures annexes : fermeture des autr écoles, des gymnases, etc... Il faut aussi s'occuper de période de rentrée.

Voici ce que l'épidémiologie nous indique au point vue théorique, quitte au législateur à indiquer les moye de l'appliquer en pratique.

1. Des maladies transmissibles pour lesquelles le licenc ment est utile et possible.

a) *Des cas où on doit transporter en bloc. Fièvre typhoï choléra, dysenterie, érysipèle.* — La contamination se f par l'eau. Il faut simplement le temps de réparer les foss et les conduites d'eau. La rentrée se fera tout de sui après. Le transport en bloc évite d'arrêter la scolarité.

b) *Des cas où on doit licencier avec dispersion, hâti ment. Rougeole.* — Licencier dans les quatre à cinq jou qui suivent *le diagnostic du premier cas*. Si ce premier c est méconnu, tous les enfants sont contaminés, le licenci ment est devenu inutile. On pourra ne pas licencier, mêm si on le peut, dans les locaux d'enseignement supérieu c'est-à-dire contenant des jeunes gens presque adultes. I général donc, pour la rougeole, ne pas licencier.

c) *Des cas où on doit licencier avec dispersion, tardivemen Diphtérie, scarlatine.* Epidémies discrètes, longues, inte minables. On commencera par faire simplement des évi tions successives. Si plusieurs cas se succèdent, on lice ciera. La rentrée se fera après quarante jours, apr examen minutieux des rentrants et leur désinfection, su tout pour les diphtériques.

2. Des maladies transmissibles pour lesquelles le licenci ment est impossible ou inutile.

a) *Le licenciement est impossible à temps : Coqueluche.*

b) *Le licenciement est inutile grace à un moyen prophyla tique : Variole.*

c) *Le licenciement est inutile par isolement local : Herp tonsurant, favus, pelade.*

Le licenciement est inutile grace à la bénignité de la adie : Varicelle, rubéole, suette, oreillons.

u bicarbonate de soude considéré comme agent f de la sécrétion gastrique. — M. Montagnon (de nt-Étienne). Le bicarbonate de soude administré avant epas a une action évidente sur la sécrétion gastrique. our obtenir l'effet maximum, il faut administrer le mé- ment une heure avant le repas ; cet effet maximum a trois heures à trois heures et demie après l'absorption bicarbonate de soude, mais se manifeste déjà à la fin heure qui suit son introduction dans l'estomac. Les es les meilleures sont celles de 50 centigrammes à rammes. Au-dessus, il se produit une superalcalinisa- qui neutralise l'acide chlorhydrique au fur et à mesure son apparition.

hez les hypochlorhydriques, de faibles doses produisent fois une excitation sécrétoire très active. C'est avec entigrammes que le maximum d'acidité a été obtenu. 'absorption de bicarbonate de soude n'est quelquefois vie que de résultats négatifs, c'est qu'alors les éléments ulaires de l'appareil sécréteur stomacal ont subi une ophie déjà avancée et ne sont plus susceptibles d'excita- n. La même chose peut se produire si l'on fait trop tôt epas d'épreuve. Le bicarbonate de soude devient ainsi n agent de traitement et un élément de pronostic per- ttant d'apprécier le degré d'intégrité fonctionnelle des ndes gastriques.

Valeur de l'iodure de potassium dans le traitement de ctinomycose. — M. Bérard (de Lyon). Dans les deux s des cas *d'actinomycose cervico-faciale* ancienne, in- ée et ouverte, le résultat du traitement ioduré a semblé . Dans les trois quarts des cas d'actinomycose récente, née et peu infectée, la guérison a été obtenue par l'ad- ction de l'iodure au traitement chirurgical ; dans le rt par le traitement ioduré seul. Ces derniers résultats sont pas sensiblement supérieurs à ceux observés après traitement chirurgical seul ou associé au traitement néral.

'Iodure de potassium ne saurait donc être considéré nme le médicament spécifique de l'actinomycose ; on ne prescrira isolément que pour les cas récents, limités en fondeur et à la phase d'induration congestive du début. ur toutes les autres formes cervico-faciales et même pour précédentes, si, au bout de quelques semaines, l'iodure nble inefficace, l'intervention chirurgicale hâtive et large mpose comme médication d'urgence. Ce n'est qu'après vacuation des principaux foyers que l'iodure administré 'intérieur pourra hâter la cicatrisation.

Pour les *formes viscérales* profondes, difficilement acces- les au chirurgien, l'iodure n'est susceptible d'entraver volution du parasite que tout à fait à la période de début ; is, à cette période, d'ordinaire, le diagnostic est très sitant.

Plus tard, les infections fatalement surajoutées rendent soire l'emploi de l'iodure qui n'agit que rarement, à ses massives et prolongées, et encore faut-il le plus sou- nt qu'une intervention chirurgicale palliative puisse lui nir en aide.

L'opinion de M. Bérard, approuvée par M. Poncet, diffère celle de MM. Nocard, Netter, Dubreuilh, qui considèrent odure de potassium comme le médicament spécifique de ctinomycose humaine.

Redressement forcé appliqué au torticolis postérieur. — M. Delore. Ce genre de torticolis est évidemment le plus fréquent. Il n'est pas justiciable de la ténotomie du sterno-mastoïdien ; on obtient d'excellents résultats par le redressement forcé. On produit l'élongation des muscles en état de myosite et un redressement des arthrites subaiguës avec adhérences. Le malade est soumis à l'anesthésie. On fait un redressement progressif avec des efforts manuels ; puis on maintient le redressement par un bandage inamovible.

Si c'est un enfant qui a été redressé, un aide vigoureux saisit la tête de l'individu anesthésié assis sur une chaise basse. On applique un bandage inamovible, la tête étant fixée dans un état de déviation inverse.

Gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — M. Villard (de Lyon). Les deux méthodes typiques de traitement du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage sont la dilatation, méthode habituelle, et la gastrostomie qui s'adresse aux cas où le traitement précédent a échoué. Il ne faut pas considérer la gastrostomie comme devant être définitive ; dans l'immense majorité des cas, ce ne sera qu'une opération temporaire, qui permettra de gagner du temps, mettra l'œsophage au repos, fera cesser l'élément spasmodique ou inflammatoire et permettra de reprendre le cathétérisme momentanément suspendu.

L'observation suivante vient à l'appui de ces considérations : il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, qui présentait depuis quatre ans un rétrécissement cicatriciel consécutif à l'ingestion d'acide sulfurique. Régulièrement cathétérisée, cette femme avait pu s'alimenter par l'œsophage jusqu'au mois de juin 1897. A cette époque, à la suite de cathétérismes maladroits, la déglutition devient impossible même pour les liquides et au moment où nous la voyons dans le service de M. Poncet, depuis dix jours, cette femme n'avait rien absorbé ; l'état général était mauvais. Poids : 39 kilogrammes. Nous pratiquons une gastrostomie en 2 temps et, pendant sept jours, la malade est alimentée par la voie stomacale. Au bout de ce temps, le cathétérisme œsophagien redevient possible ainsi que la déglutition des liquides. A partir de ce moment, la dilatation régulière de l'œsophage est poursuivie.

Deux mois plus tard, une opération est pratiquée dans le but d'oblitérer la fistule stomacale. Autoplastie à 3 plans de sutures. Persistance pendant quelque temps d'une fistulette insignifiante. Guérison définitive complète.

En novembre, la malade avait engraissé de 11 kilogrammes. Actuellement, alimentation buccale régulière ; de temps en temps, cathétérisme destiné à maintenir le calibre de l'œsophage.

Cette observation montre bien le rôle efficace de la gastrostomie, qui, selon nous, doit être considérée comme devant être dans ces cas une opération temporaire, et qui ne deviendra définitive qu'exceptionnellement. Le fait que nous signalons n'est pas du reste unique. Dans une statistique de Lefort, sur 16 malades, 13 recouvrèrent la perméabilité de l'œsophage à la suite de gastrostomie et dans un cas de M. Jaboulay, de Lyon, la gastrostomie ayant été pratiquée presque *in extremis*, on put au bout de vingt jours continuer le cathétérisme œsophagien, et une guérison complète fut obtenue dans la suite.

Hydarthrose intermittente héréditaire. — M. Blanc, de Saint-Etienne, a observé dernièrement un cas d'hydarthrose intermittente héréditaire, affection rare. M. Chauvet en a rassemblé seulement 15 observations. Récemment

M. Le Même, à l'occasion d'un cas recueilli dans le service de M. Monod, a porté à 21 le nombre des cas connus.

La pathogénie de cette affection n'est pas encore complètement élucidée. M. Chauvet exclut le rhumatisme, il élimine également la théorie paludique, la théorie nerveuse, car on ne trouve pas d'antécédents nerveux. Est-ce une infection? Par exclusion, M. Chauvet arrive à admettre que la cause de l'hydarthrose intermittente est une auto-intoxication, mais, ajoute-t-il sagement, il reste à faire la preuve et à en trouver l'origine. Pour M. Blanc peut-être ne faudrait-il pas éliminer l'arthritisme qui dans son cas est des plus nets. Cette observation démontre que l'hydarthrose intermittente peut être héréditaire.

En présence de l'insuccès ordinaire du traitement médical, on est autorisé à lui opposer un traitement chirurgical (révulsion, immobilisation, ponction avec injections antiseptiques, au besoin même on pratiquera l'arthrotomie). (*A suivre*).

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade d'officier. — M. Vaillant, médecin en chef de réserve de la marine.

Au grade de chevalier.— M. Lavergne, de Vichy.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le Dr Bax, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, chargé d'un cours de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Mandereau, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie est nommé professeur d'anatomie.

M. Prieur, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur d'histologie.

M. Saillard, professeur de clinique externe est nommé, sur sa demande et par permutation, professeur de pathologie externe.

M. Chapoy, professeur de pathologie externe, est nommé, sur sa demande et par permutation, professeur de clinique externe.

Ecole pratique des hautes études. — M. le Dr Papillault (Ferdinand-Georges), est nommé préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etude (3e section), en remplacement de M. Schudzinski, décédé.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus :

Au grade de médecin en chef. — M. Balbaud, médecin principal.

Au grade de médecin principal. — 1er tour (anc.) M. Raffaëlli, médecin de 1re classe.

Au grade de médecin de 1re classe. — 2e tour (anc.) M. Viancin, médecin de 2e classe.

Association française pour l'avancement des sciences. — Dans sa séance de clôture, l'Association française pour l'avancement des sciences a accepté l'invitation de la ville de Boulogne-sur-Mer pour 1899.

Le Congrès de 1898 se tiendra à Nantes.

Le professeur Brouardel a été élu vice-président et le Dr Adrien Loir, directeur de l'Institut Pasteur, de la Régence de Tunis, a été nommé secrétaire.

Congrès de Moscou. — On estime à 5.000 le nombre des médecins qui se rendent au Congrès international de Moscou.

Sur ce total, une bonne moitié vient des diverses parti de l'empire russe. L'Allemagne en envoie 800, l'Autrich Hongrie 600, la France environ 500, les autres pays u centaine chacun en moyenne.

Journaux de médecine. — Nous recevons les premie numéros de la *Revue médicale*, journal hebdomadaire p raissant à Québec sous la direction de M. le Dr P.-P. Bo langer.

La mortalité à Paris. — Pendant la trente-deuxième s maine, du 8 au 14 août 1897, le service de la statistique compté 866 décès, chiffre supérieur à celui de la semai dernière 859 mais un peu inférieur à la moyenne 888.

Les maladies épidémiques sont plus rares (19 au lieu 23 et de la moyenne 51), la fièvre typhoïde a causé 7 déc au lieu de 10 et de la moyenne 11, la scarlatine 1 au lieu la moyenne 4, la rougeole 6 comme la semaine dernière lieu de la moyenne 14, la coqueluche 3 au lieu de 4 et de moyenne 7, la diphtérie 1 au lieu de la moyenne 13.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ma on a signalé 1 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 139 déc au-dessous de 1 an comme la semaine dernière au lieu la moyenne 112. En outre 30 enfants de 1 a 4 ans 9 adultes de plus de 5 ans ont succombés à cette affectio

De plus 120 enfants sont morts de débilité congénital

Les maladies inflammatoires des organes de la respira tion ont causé 64 décès (au lieu de 58 pendant la semai précédente et au lieu de 63, moyenne ordinaire de la sa son). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchit aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 8 ; bronchit chronique 13 décès (au lieu de la moyenne 15) ; bronch pneumonie, 22 décès (au lieu de la moyenne 21) ; pneum nie 16 décès (au lieu de la moyenne 23). Les autres mal dies de l'appareil respiratoire ont entraîné 27 décès, do 20 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 170 décès au lieu de moyenne 178 ; la méningite tuberculeuse, 20 décès ; la mé ningite simple, 17 ; les tuberculoses autres que celles q précèdent ont causé 14 décès ; l'apoplexie, la paralysi et le ramollissement cérébral, 56 décès, et les maladie organiques du cœur, 37 ; le cancer a fait périr 49 pe sonnes. Enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénil

Il y a eu 21 suicides, et 11 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 489 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.176 enfants vivant (605 garçons et 571 filles), dont 821 légitimes et 355 illégi times. Parmi ces derniers, 42 ont été reconnus immédia tement.

On a déclaré la mise en nourrice de 374 enfants, dont seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 104 seront nourri au sein et 270 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 81 mort-nés (dont 54 légi times et 27 illégitimes).

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycin Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT

Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER, 1 cuillerée à café au repas

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*